

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 572

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Armand MAYNAU

LA

SCIATIQUE VARIQUEUSE

CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Président : M. HUTINEL, professeur.

Suffragants : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM. POLAILLON, professeur.} \\ \text{MARFAN et ACHARD, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

572

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Armand MAYNAU

LA

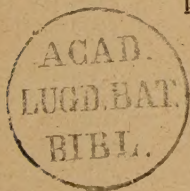
SCIATIQUE VARIQUEUSE

CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Président : M. HUTINEL, professeur.

Suffragants : { MM. POLAILLON, *professeur.*
MARFAN et ACHARD, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTIERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 3 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

Pour nos enfants

A MES PARÉNTS ET A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR LETULLE

Professeur agrégé
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de pathologie interne à la Faculté

Médecin de l'hôpital des Enfants-assistés

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de mes études médicales, j'ai un devoir à remplir, agréable entre tous, celui de remercier les maîtres qui ont bien voulu guider mes efforts et les encourager.

Ma gratitude et ma reconnaissance vont tout d'abord à mon maître, M. le professeur-agrégé Letulle, qui, pendant ces cinq années, n'a cessé de me diriger, de me soutenir. Je lui garde de ses conseils, de ses leçons, de ses encouragements une reconnaissance que n'oublieront ni les miens, ni son élève dévoué.

M. le docteur Blum m'a accueilli pendant une année dans son service de chirurgie, à Saint-Antoine ; je lui adresse mes remerciements pour l'intérêt que depuis il n'a cessé de me témoigner. M. le docteur Hanot m'a appris les premiers principes de l'auscultation pulmonaire ; je garde à sa mémoire un souvenir reconnaissant. A M. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, je suis redevable de notions importantes sur les maladies de l'estomac ; je le prie d'agréer mes sincères remerciements.

D'une façon moins suivie, mais toujours avec fruit, j'ai été l'élève de MM. les professeurs Hutinel, Dieulafoy, Panas ; de MM. Déjerine, Gaucher, Broca, Netter, Poirier, Thiéry..... Les leçons de ces maîtres éminents m'ont laissé une impression profonde qui me guidera souvent dans ma carrière médicale.

J'acquitte une dette de reconnaissance en unissant, dans une même pensée de gratitude émue, les noms de ceux qui dans des circonstances pour moi bien pénibles, mais bien douces à rappeler, m'ont comblé d'affables prévenances et de conseils désintéressés.

A l'un, M. Constantin Paul, je dois, en outre, ma première initiation aux difficultés des maladies cardiaques.

A l'autre, M. Magnan, quelques notions sur les maladies mentales.

Je suis heureux d'adresser à la mémoire de M. C. Paul un hommage public de ma gratitude.

Je prie enfin M. Magnan de vouloir bien agréer l'hommage de ma vive reconnaissance.

Les circonstances ne m'ont pas permis de suivre aussi assidûment que je l'aurais désiré l'éminent enseignement de M. Charrin. Je lui suis vraiment reconnaissant de la haute bienveillance avec laquelle il m'a ouvert son service à la Maternité. Grâce à lui j'ai pu recueillir la série des faits qui font l'objet de cette thèse. Il a bien voulu guider mes efforts ; je l'en remercie sincèrement.

Que M. le professeur Budin et M. Bar veuillent bien agréer aussi l'hommage de ma reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'ils m'ont fait et les précieux conseils qu'ils ont bien voulu me donner.

J'ai à remercier encore MM. les docteurs Malbec et Maranger de leurs bons offices à mon égard.

Je n'aurai garde d'oublier non plus mon compatriote, M. le docteur Maffre dont la bonté inépuisable a été si souvent mise à contribution par moi et par les miens. Je suis heureux de lui rappeler que je sais me souvenir et je lui adresse tous mes remerciements.

C'est à M. Nattan-Larrier, interne de M. Charrin, que je dois l'heureuse inspiration de mon sujet de thèse. Avec une bonne grâce au-dessus de tout éloge et une patience jamais lassée, il a depuis 4 ans dirigé mes efforts en s'y associant. L'amitié qu'il m'a témoignée m'a touché profondément ; je le remercie avec plaisir et je l'assure de toute ma reconnaissance.

Enfin j'exprime l'hommage de mon profond respect et toute ma reconnaissance à M. le professeur Hutinel qui veut bien me faire l'honneur de présider ma thèse inaugurale.

INTRODUCTION

Il n'est pas un médecin qui n'ait observé, chez les femmes enceintes, la forme atténuée de la sciatique. Cette forme de névralgie se manifeste ordinairement vers le sixième mois de la grossesse et provoque des douleurs assez intenses pour effrayer parfois la malade ou son entourage. D'autres fois, et dès le début de la gestation, ce sont des migraines, des névralgies dentaires, des douleurs lombaires surtout. M. Vinay explique l'apparition de ces symptômes morbides par l'impressionnabilité excessive que la nouvelle fonction imprime à l'organisme de la femme. Ces phénomènes douloureux résultent aussi, dit-il, des modifications locales qui surviennent du côté de la matrice et des annexes ; l'augmentation de poids de l'utérus provoque des tiraillements du côté des ligaments ronds et des ligaments larges. L'augmentation de la vascularité qui envahit tous les organes contenus dans le petit bassin expliquerait ces névralgies si fréquentes au début de la grossesse.

Ces douleurs peuvent persister jusqu'à l'accouchement. En général elles s'amendent pour reparaitre de nouveau et, cette fois, mieux localisées vers la fin de la grossesse. Les plus fréquentes de ces névralgies sont la névralgie lombo-abdominale et la névralgie sciatique.

C'est cette dernière que nous nous proposons d'étudier. Tous les auteurs il est vrai signalent la névralgie sciatique comme une complication possible des varices, chez les femmes enceintes. Mais nulle part nous n'avons rencontré la description complète de cette complication. Nous sommes donc heureux d'en pouvoir rapporter deux observations détaillées.

Le peu de documents dont nous disposons ne nous permet certes pas une étude complète de la question.

Nous essaierons pourtant d'en faire ressortir les éléments principaux.

Comment se présentent les varices chez les femmes enceintes ; quel en est l'aspect ; qu'elle en est l'origine ? Comment la sciatique variqueuse vient-elle à se produire ? Quels sont les caractères, la nature de la sciatique variqueuse des femmes enceintes ; quelle en peut être l'origine ? Comment la différencier enfin des autres affections qui en peuvent imiter l'aspect ?

Des varices chez les femmes enceintes.

Définition. — Les varices sont des dilatations plus ou moins considérables, permanentes et pathologiques des vaisseaux veineux dont la structure est altérée.

Cette définition ne convient pas à toutes les varices que l'on peut rencontrer chez les femmes enceintes. Chez elles, en effet, cette affection peut présenter deux aspects : 1° Elle semble pouvoir être sous la dépendance de la compression passagère exercée par le fœtus sur les vaisseaux de la mère. L'état pathologique du vaisseau n'existerait pas encore ; et, en effet, aussitôt après l'accouchement le vaisseau reprend son calibre normal ; il était simplement dilaté, sans être profondément altéré. 2° Chez certaines femmes prédisposées, ou chez celles dont l'étoffe veineuse n'est pas assez solide pour résister à l'augmentation de pression, la dilatation, de passagère et d'accidentelle qu'elle était dans le premier cas, devient, dans celui-ci, permanente et pathologique ; l'accouchement ne fait pas disparaître la phlébectasie : la varice est définitivement constituée.

Donc, chez les femmes enceintes, qui ne présentent du côté de leur système veineux aucune tare dyscrasique, les varices ne constitueraient pas une maladie proprement dite. S'il ne s'accompagne pas de complications,

cet accident n'a pas de conséquence fâcheuses pour l'avenir, car il disparaît après l'accouchement, sans laisser de traces. On doit dire pourtant que l'apparition de varices à une première grossesse en doit faire craindre la reproduction à une grossesse ultérieure. D'ailleurs ce type de varices est très rare ; si la dilatation se produit il est bien probable qu'elle est le résultat non de la compression seule, mais aussi d'un état pathologique antérieur, d'une faiblesse congénitale ou acquise des tissus constitutifs des vaisseaux.

On peut donc considérer chez la femme enceinte deux catégories de varices : les unes, purement accidentelles, sont sous la dépendance d'une cause passagère et cessent avec la suppression de cette cause ; les autres, permanentes, dépendent de causes complexes que nous exposerons plus loin.

Nous n'insisterons pas sur les premières. Les secondes, ou varices proprement dites, sont très communes chez la femme enceinte ; nous les étudierons spécialement. Les varices peuvent siéger sur toutes les parties du corps. On les rencontre surtout à l'anus (hémorroïdes) et au rectum ; aux organes génitaux externes et internes ; aux membres inférieurs. Il ne sera question ici que de ces dernières.

II

Théorie mécanique.

a. Les varices des femmes enceintes sont sous la dépendance d'influences diverses, dont quelques-unes rentrent dans l'étiologie des varices en général. Parmi ces dernières, nous citerons les professions exigeant la station debout, la fatigue, les constriction exercées sur le membre inférieur, etc.

Pour la femme enceinte, il est évident que la compression exercée sur les vaisseaux iliaques par l'utérus gravide gêne manifestement la circulation de retour.

Mais cette compression n'est pas seule en jeu, ainsi qu'en témoigne l'apparition de varices chez des femmes au début de leur grossesse.

Si d'autre part la compression agissait seule, le vaisseau naturellement élastique, reprendrait sa souplesse et son calibre normal aussitôt après l'accouchement. Or il n'en est pas toujours ainsi. M. le professeur Budin fait justement remarquer, dans sa thèse d'agrégation, que les femmes qui ont eu des varices lors d'une première grossesse, restent plus exposées à cette affection, lors des grossesses suivantes, que celles qui en sont restées jusque là indemnes. Il est même probable qu'après plusieurs

grossesses successives l'affection variqueuse, qui rétro-cédait habituellement après l'accouchement, passera à l'état chronique, sans disparaître dans l'intervalle de deux conceptions.

La compression seule ne saurait donc être invoquée dans tous les cas. Elle ne joue pas moins un rôle important.

L'effort continu imposé au vaisseau finit d'ailleurs par diminuer l'élasticité de l'étoffe veineuse et par constituer cet état de moindre résistance qui, au bout d'un temps plus ou moins long, amènera fatalement l'état pathologique. Cette compression prolongée empêche en effet la nutrition du vaisseau, en agissant sur les vasa-vasorum qui lui apportent le sang artériel indispensable à son activité physiologique. L'étoffe veineuse perd donc de son élasticité et de sa souplesse, et finit par s'altérer dans sa structure intime.

D'après Lesguillons, l'inclinaison de l'utérus à droite expliquerait la fréquence assez grande des varices de ce côté, contrairement à ce que l'on observe en dehors de la gravidité. Nous avons en effet observé à la Maternité une malade porteuse de volumineuses varices de la cuisse droite et dont le fœtus est en position occipito-iliaque-droite-transverse. Mais cette cause n'était pas unique. Au début de la grossesse, les varices de cette malade étaient aussi volumineuses.

Ainsi si des causes accidentelles agissent sur un terrain prédisposé, leur action s'ajoutera nécessairement à celle toute mécanique de la grossesse.

Dans ces conditions il nous serait facile de comprendre que la phlébectasie, toute mécanique au début, puisse de-

venir organique. Il n'est pas étonnant par conséquent qu'une femme déjà variqueuse, lorsque son utérus, est vide, voie ses varices devenir plus volumineuses sous l'influence de la réplétion de cet organe.

Pour Briquet, les varices sont héréditaires, c'est-à-dire que la faiblesse du tissu veineux est congénitale. Les parents transmettent à leurs enfants un réseau veineux constitutionnellement mauvais dont la contractilité et l'élasticité déjà paresseuses s'altèrent de plus en plus. Il suffira pour cela d'une cause insignifiante, générale ou locale. Malgré un état dyscrasique avéré, la phlébectasie est rare chez l'enfant, parce qu'à cette période de développement l'organisme, tout entier en état d'activité physiologique, se laisse difficilement influencer par des causes qui n'atteignent pas sa vitalité essentielle. Personne n'ignore que les fractures des enfants se réparent assez vite et plus aisément que chez l'adulte. Une maladie infectieuse, au contraire, sera, à cet âge, autrement dangereuse ; elle comportera un pronostic plus sérieux que vingt ans plus tard.

La grossesse est une cause fréquente de varices. M. le professeur Budin les a rencontrées 100 fois sur 300 femmes examinées. On les rencontre surtout chez les femmes qui, par leur profession, sont obligées à des travaux pénibles et exigeant une station debout prolongée. Cette cause vient alors joindre son action à celle de la grossesse.

Les dispositions anatomiques et physiologiques du membre inférieur contribuent certainement aussi à la production des varices. Dans cette région, en effet, les vaisseaux veineux sont obligés de traverser un certain

nombre d'anneaux musculaires ou aponévrotiques qui, par constriction, doivent gêner la progression du sang et amener des dilatations.

On cite encore l'atonie générale du système veineux ; d'après Gerdy, on naît variqueux comme on naît scrofuleux. C'est là une vue de l'esprit ; cependant chez les personnes faibles, lymphatiques ou névropathiques (Briquet) les varices sont assez fréquentes.

Parmi les causes efficientes des varices, la plus connue est la pesanteur. Le sang, en effet, stagnant dans les vaisseaux exercerait sur leur paroi une pression continue qui, à la longue, fatiguerait l'activité physiologique de la veine ; l'élasticité du tissu veineux diminue, sa contractilité s'altère et la dilatation devient permanente et pathologique. A ce moment les valvules deviennent insuffisantes et la colonne sanguine incessamment alimentée par le sang qui reflue du centre à la périphérie est obligée, ne pouvant progresser, d'augmenter la capacité du vaisseau qui la contient. De là pour l'étoffe veineuse une diminution de sa solidité et une perte progressive de ses qualités normales. Si les collatérales, restées souples et contractiles, ne viennent pas aider à la dérivation, il est possible que le poids seul de la colonne de sang veineux suffise à rompre la paroi, altérée déjà par le processus morbide dont elle est le siège. Cette même altération, jointe sans doute à des causes dyscrasiques et parfois infectieuses, peut jouer un rôle dans la production de la phlébite variqueuse des femmes enceintes. Si donc le sang veineux se trouve contenu dans un vaisseau qui ne se contracte plus, ou qui a perdu son élasticité, il est de toute évidence que la pesanteur seule empêchera le liquide veineux de re-

tourner aussi aisément vers le cœur. Voilà pourquoi il est de toute nécessité de condamner les variqueux, à un repos absolu et de placer leur membre malade dans une situation telle, que le cours du sang puisse être favorisé par la pesanteur.

6. A côté de cette théorie s'en est élevée une autre, dite anatomique, et qui est le complément de la précédente. Les anatomistes prétendent que la veine ne se dilate, sous l'influence des causes mécaniques, que si sa structure est altérée.

Quelque réel que soit le rôle de ces altérations anatomo-pathologiques, la question n'en reste pas moins encore identique à elle-même. Sous quelle influence, en effet, se produit l'altération de la paroi vasculaire? Pour préciser la question, en ce qui concerne la production des varices chez les femmes enceintes, y a-t-il, au cours de la grossesse, un facteur étiologique qui puisse expliquer cette altération ?

Nous voilà donc tout naturellement conduit à examiner une troisième théorie.

Cette théorie, dite théorie nerveuse, s'appuie sur la constatation de lésions nerveuses au cours de diverses autopsies. Elle a été surtout proposée en vue d'expliquer la production des varices chez les femmes enceintes. Nous en reparlerons plus loin.

La théorie mécanique peut se résumer en quelques mots.

Sur un terrain prédisposé, chez un individu dont les ascendants ont présenté, soit les tares de la diathèse arthritique, soit les accidents plus précis qui caractérisent l'absence de résistance des tissus veineux (varices,

hémorroïdes, etc.), les varices se produiraient sous l'action habituelle ou passagère d'un obstacle à la circulation du sang. La station debout prolongée, l'immobilité dans cette position pourraient agir de cette façon.

Chez la femme enceinte déjà prédisposée, le rôle de la station pourrait aussi être invoqué, mais il ne suffirait pas seul à produire les varices.

Ne pourrait-on pas en dire autant des liens et des jarretières qui, sans action, le plus souvent, en dehors de la grossesse, prennent peut-être alors une place importante ? Une autre interprétation s'offre à nous cependant. Nous savons, depuis Verneuil, que sous l'influence de ces causes diverses des varices profondes apparaissent les premières. Leur symptomatologie atténuée n'attire pas l'attention, mais vienne la grossesse, l'apparition des varices superficielles nous enlèvera tous les doutes, celles-ci n'étant que le dernier stade d'une affection qui déjà existait antérieurement.

Aussi croyons-nous qu'il faut interroger avec grand soin les femmes qui présentent des varices des membres inférieurs. On pourra ainsi apprendre que le début brusque de l'affection ne fut qu'apparent. Pourtant on doit dire que même dans ces cas, quoique l'explication des varices paraisse plus aisée, toute difficulté n'est pas résolue. Sans doute on comprend mieux ainsi les varices précoces que l'on rencontre parfois au début de la grossesse. Cependant il faut encore admettre l'intervention d'une cause effective qui, en renforçant le processus latent, vient activer mécaniquement le développement des varices. Divers éléments pourraient alors entrer en jeu.

Il semble inutile d'insister sur la constipation, dont

le rôle doit être des plus accessoires. Mais les causes générales dont nous avons parlé au début de ce chapitre nous semblent avoir dans cette hypothèse une influence incontestable chez la femme enceinte.

N'oublions pas que si pour M. Quénu l'altération veineuse est initiale pour la production de la phlébectasie, celle-ci ne se produira pas si des causes efficientes ne viennent joindre leur action à celle de l'altération primitive.

Les plus importantes de ces causes chez la femme enceinte sont : l'âge, les professions, le tempérament, une prédisposition organique, la position de l'enfant, le développement considérable du globe utérin, les grossesses doubles, l'hydramnios l'étroitesse du bassin, etc. Si nous consultons le tableau de M. le professeur Budin pour savoir quelle est la fréquence et le développement des varices aux diverses périodes de la grossesse, voici les résultats auxquels nous arrivons.

Sur cinquante primipares environ, les varices ont apparu quatorze fois le premier mois, huit fois le troisième mois, six fois le quatrième et le sixième, sept fois le septième mois. Pendant le deuxième mois et le neuvième les varices ne se sont montrées que trois fois.

Il résulte que cette statistique que les varices sont surtout fréquentes chez les primipares, au début de la grossesse ; l'apparition pendant les cinquième et sixième mois est à peu près aussi fréquente que pendant les sixième et septième. En réunissant les deux mois qui composent ces deux périodes intermédiaires, on obtient le même nombre de cas. Enfin les varices sont rares pendant les troisième cinquième et neuvième mois. Pendant le huitième mois,

les femmes enceintes qui auraient atteint cette période de leur grossesse sans avoir de varices, auraient quatre-vingt-quatorze chances sur cent de ne pas en avoir.

En résumé, chez les primipares, les varices sont surtout fréquentes au début, au troisième mois et pendant les sixième et septième.

Sur ces cinquante primipares, dix étaient déjà variqueuses avant leur grossesse. Pour six d'entre elles la grossesse a fait augmenter les varices ; elle n'a rien modifié pour les quatre autres. Pour trente-deux les varices ont complètement disparu après l'accouchement ; enfin pour les huit dernières, elles ont augmenté ou se sont maintenues dans le même état.

La proportion est à peu de chose près la même chez les multipares. Chez elles le maximum de fréquence a lieu pendant les trois premiers mois.

Rarement la grossesse a une influence bien marquée sur le développement des varices déjà préexistantes.

Nous avons interrogé à cet égard cinq variqueuses actuellement en traitement à la Maternité. Toutes nous ont affirmé que, sauf le cas d'une fatigue excessive, leurs varices n'avaient pas augmenté depuis le début de la gestation.

Nous n'avons pas eu l'occasion, au cours de ce travail de constater des grossesses gémellaires ou hydrocéphaliques. Nous ne saurions préciser qu'elle influence peuvent avoir ces cas sur la production des varices. Cependant cette action nous semble devoir entrer en ligne de compte.

En ce qui concerne les bassins rétrécis, M. le professeur Budin a pu en examiner sept. Sur ces sept femmes, quatre avaient des varices et trois n'en présentaient pas.

Les varices sont-elles plus fréquentes eu égard à la position du fœtus ? Nous n'avons pu nous faire, malgré nos recherches, aucune idée de cette influence. Si elle existe, nous la considérons comme étant sans importance bien déterminée.

Tant que la tête n'est pas engagée, la compression des troncs veineux est fort problématique. Le fœtus peut en effet évoluer librement dans la cavité utérine et la matrice elle-même est mobile dans l'abdomen. La compression ne saurait donc être que passagère jusqu'au moment de l'engagement.

Vers la fin de la grossesse, la partie fœtale engagée peut comprimer, au niveau du détroit ou de la concavité du sacrum, tous les nerfs du plexus sacré et quelques branches du plexus lombaire.

Anatomiquement cette compression peut exister et on la constate cliniquement, surtout à cette période de la grossesse. On sait combien sont fréquentes alors les douleurs lombaires, les névralgies crurales et surtout les névralgies sciatiques. M. le professeur Tarnier qui a, le premier, appelé l'attention sur les douleurs de cette sorte les attribue à une névralgie des rameaux cutanés émanés des branches collatérales des plexus lombaires.

La théorie de la compression explique-t-elle donc complètement l'apparition des varices chez la femme enceinte ? Diverses questions restent encore fort obscures. On comprend difficilement que la grossesse soit seule propre à produire les varices des membres inférieurs, alors que les plus volumineuses tumeurs de l'abdomen et du bassin produisent de l'œdème seulement, mais non une altération rapide des veines. La compression

même des troncs veineux ne suffit pas à expliquer le phénomène. Force est donc, sans s'arrêter à cette explication, d'aller plus loin dans l'étude de la question.

Nous voici donc ramené à la théorie nerveuse dont nous avons parlé plus haut.

III

Théorie nerveuse

Certains auteurs, P. Dubois et Barnes, en particulier, ont fait intervenir le système nerveux pour expliquer la production des varices chez les femmes enceintes.

A l'appui de cette hypothèse on a invoqué l'apparition précoce de troubles nerveux tels que les névralgies, les migraines, etc.

On est donc en droit d'admettre que le système nerveux peut intervenir dans certaines limites, en tant qu'il influe, soit sur la nutrition, soit sur la contractilité des tuniques veineuses, à condition qu'il existe une autre cause qui localise la lésion.

Cette théorie nerveuse de la pathogénie des varices ne laisse pas que d'être séduisante, surtout lorsqu'on essaie de l'appliquer à la pathogénie des varices chez la femme enceinte. Divers arguments viennent l'appuyer ; aussi n'hésiterons-nous pas à y insister longuement.

L'influence du système nerveux sur la production des varices peut être comprise de deux façons différentes : ou bien il s'agit de lésions locales du nerf, par compression ; ou bien, d'un trouble trophique s'exerçant à distance et réagissant sur le système vasculaire tout entier.

A. Les lésions locales du nerf peuvent appartenir à deux groupés de faits :

a. Les varices du tronc même du nerf (Quénu).

b. La compression directe sans l'intermédiaire des vaisseaux du nerf.

Les varices des vasa nervorum semblent plutôt l'apanage des cas où des varices très étendues occupent le membre tout entier. Mais ces localisations tronculaires ne sont que des complications ultimes de volumineuses varices déjà préexistantes. Sans doute, au cours des varices confirmées, ces varices du nerf pourraient contribuer, pour leur part, à compliquer le processus pathologique et à en expliquer certaines particularités.

Toutefois, pendant la grossesse, il est bien difficile d'admettre que les varices du nerf contribuent au développement des varices du membre.

La compression du tronc nerveux lui-même peut exister assurément au cours de la grossesse. On ne peut guère pourtant l'invoquer avant le cinquième mois. Jusqu'à cette époque en effet le développement de l'utérus est peu important et c'est ordinairement le moment où les femmes enceintes sont le plus sujettes à des accidents veineux. Nous avons vu d'ailleurs que chez les primipares le maximum de fréquence pour l'apparition des varices avait lieu dès le premier mois. Chez les multipares ce maximum survient du 3^e au 6^e mois. Même en admettant que dans tous les cas les varices apparaissent au 6^e mois, il est bien probable qu'à cette période les compressions des troncs nerveux n'auront pas encore atteint l'intensité qu'elles pourront avoir ultérieurement. D'autre part, il est difficile de comprendre que ces compressions

ne s'accompagnent pas dans tous les cas de douleurs vives, à type spécial.

Enfin, dans les cas où l'on a pu supposer que la compression des troncs nerveux aurait joué un rôle actif, pendant la grossesse (paralysie ultérieure des muscles de la région antéro-externe), on n'a pas signalé le développement exagéré du réseau variqueux. Au cours des néoplasies du petit bassin, ne voit-on pas d'ailleurs apparaître fréquemment de l'œdème, sans que pourtant les varices se développent, en même temps que se manifestent les douleurs caractéristiques de la compression ?

B. En second lieu, comment peut-on interpréter l'action du système nerveux dans le développement des varices chez les femmes enceintes ? N'est-il pas possible de supposer qu'il s'exerce sur les vaisseaux une action trophique ?

Les accidents trophiques sont fréquents au cours de la grossesse : les actions réflexes à distance sur la nutrition des divers organes semblent présenter une intensité toute spéciale. La pigmentation, par exemple, ne s'exerce-t-elle pas manifestement sous une influence trophique ? Chez la femme enceinte cette pigmentation se produit au niveau des régions du corps qui présentaient avant la grossesse la coloration la plus foncée. De même, nous avons eu l'occasion de constater que, chez les tuberculeuses enceintes, cette pigmentation était surtout marquée au niveau des régions qui sous l'influence de la bacillose s'étaient déjà particulièrement colorées. De même peut-être peut-on considérer que dans certains cas les vergetures ne sont pas seulement produites par la distension mécanique de la peau. Leur rapidité d'apparition, leur variabilité d'aspect, leur présence parfois au niveau même de la région fessière,

tout semble indiquer qu'à la distension mécanique s'ajoute un élément trophique. De même l'ulcère de jambe chez les femmes enceintes, présente quelquefois une allure subaiguë. Il s'accompagne souvent de troubles nerveux et guérit après l'accouchement avec une rapidité qui semble indiquer l'action d'une cause nerveuse.

Mais dans l'ulcère de jambe des femmes enceintes apparaît enfin un autre élément bien intéressant pour nous, la localisation des accidents trophiques au membre inférieur.

Nous voyons donc intervenir une série de facteurs qui malgré leur diversité concourent au même but. Souvent sur un organisme atteint de la diathèse arthritique, parfois virtuellement porteur d'une hérédité variqueuse directe, on voit de volumineuses varices se développer au cours de la grossesse.

Ces varices sont à la fois le résultat d'une série de causes, troubles trophiques et modifications générales de la nutrition réagissant sur les tissus de la femme. Compression nerveuse directe dans certains cas, gêne de la circulation de retour pour d'autres, tous ces facteurs possèdent un rôle important.

Cette discussion étiologique semble nous éloigner de notre sujet proprement dit : en réalité elle nous y ramène. Nous avons montré la part qui revient aux troubles réflexes et trophiques du système nerveux dans l'étiologie des varices. Ne peut-on pas supposer que dans certaines circonstances ce rôle s'exagère ? De même que, dans le cours de la grossesse, l'hystérie et la chorée deviennent plus marquées, de même les signes nerveux, qui virtuellement au moins accompagnent les varices, peuvent prendre une exubérance toute spéciale.

Une cause identique à elle-même, la grossesse, agit donc sur un terrain variable et produira une symptomatologie qui variera évidemment suivant les cas.

L'étude abrégée que nous allons faire des varices chez les femmes enceintes nous confirmera dans notre conviction.

IV

Description des varices chez les femmes enceintes.

Les varices chez les femmes enceintes peuvent se présenter sous différents aspects.

Dans la forme la plus ordinaire, elles se montrent surtout au niveau de la saphène interne et de la saphène externe. Dans des cas plus rares, on rencontre des varices depuis la région du cou de pied jusqu'à la région fessière où leur développement est encore notable.

A. Parfois il s'agit d'un réseau abondant de petites varices étroites, flexueuses, quelquefois thrombosées par places et donnant au membre, dans son ensemble, une coloration violacée.

C'est qu'en effet, entre les mailles de ces varices déjà volumineuses existe toute une série de varicosités fines, rougeâtres ou bleuâtres, situées dans les couches superficielles des téguments. Cet aspect variqueux se constate et est souvent fort remarqué au niveau de la face supérieure du pied et des malléoles ; il s'atténue le plus souvent vers le genou.

Dans ce groupe de faits on ne constate pas encore les très volumineuses varices qui nous restent à étudier.

B. Elles possèdent une distribution plus irrégulière ; elles ne sont pas seulement localisées sur le trajet des saphènes, mais répandues d'une manière quelconque sur toute la surface du membre. Elles donnent l'impression d'un allongement, d'un accroissement, d'une modification du réseau des fines veinules.

Le plus souvent ces varices sont bilatérales quoique elles puissent présenter un volume plus marqué d'un des côtés.

Dans un des cas que nous avons examinés, nous avons constaté que les varices avaient débuté à l'âge de 10 ans.

Elles ont augmenté progressivement jusqu'à atteindre en certains points le volume du petit doigt. Les grossesses successives n'ont eu aucune influence sur leur développement ; l'accouchement ne les a pas fait disparaître.

Une telle description est évidemment, dans une certaine mesure, schématique. Souvent on trouve associées aux varices volumineuses les varicosités du type cité plus haut. Mais ces varicosités, qu'il faut bien distinguer des veinosités, semblent, même dans les cas où les varices préexistaient à la grossesse, ne s'être produites que sous l'influence de cette dernière cause.

Dans ces cas les varices des femmes enceintes se montrent sous un aspect un peu différent.

Ici, il s'agit de varices de la saphène externe et de la saphène interne. C'est pour ainsi dire le type des varices banales auxquelles se joignent divers éléments : la netteté de l'œdème, dur, persistant et généralisé souvent à toute la jambe ; le nombre considérable des veinosités, la douleur. Le caractère de cette dernière n'est peut-être pas le même que celui de la douleur provoquée

par les varices banales. Sa persistance est plus franche, son intensité plus considérable, sans atteindre cependant jamais, dans les cas ordinaires, le type de la sciatique variqueuse que nous aurons encore à décrire.

Cette variété de varices n'exclut pas l'apparition de volumineux pelotons variqueux qui siègent le plus souvent à la face interne de l'articulation du genou.

Comme exemples typiques de cette variété nous citerons le malade qui fait l'objet de notre première observation et un autre cas qu'il nous a été donné d'examiner à l'infirmierie de la Maternité, salle Cruveilhér, n° 1. Sur la jambe droite de cette malade, les varices ne remontent pas plus haut que la face interne du genou. A gauche, elles atteignent le milieu de la cuisse. Entre les mailles des troncs principaux, nettement dilatés, on observe des varicosités bleuâtres et rougeâtres, occupant principalement la face antérieure des deux jambes. Tout autour les tissus sont durs, œdématiés et la pression provoque une douleur assez vive dans toute la région variqueuse.

Souvent ces varices ont été précédées, au cours d'une première grossesse, de varicosités qui avaient disparu après l'accouchement ; quelquefois cependant elles se développent d'emblée.

C. Dans un troisième groupe de faits, il s'agit manifestement de varices antérieures à toute grossesse, datant quelquefois de l'âge de 12 à 14 ans, mais ayant pris peu à peu un développement considérable et augmentant davantage à chaque grossesse, pour subir après l'accouchement une régression peu marquée et atteindre enfin un volume considérable.

Nous avons vu ainsi une malade, salle Cruveilhér, n° 4,

qui présentait au niveau de la face interne de la cuisse droite un volumineux paquet variqueux, long de vingt centimètres, large de dix. Ce paquet variqueux se montra dès la jeunesse, après l'apparition des premières règles ; il n'a atteint que progressivement le volume énorme qu'il possède aujourd'hui.

L'action de la grossesse sur ce paquet variqueux semble être modérée et passagère. Bien mieux, chez cette malade un large ulcère de jambe s'était développé et persistait depuis deux ans. Dès le début de la grossesse il guérit sous l'influence du repos auquel la malade fut momentanément condamnée.

De tous ces faits, il est donc possible de tirer quelques renseignements intéressants.

Chez les femmes enceintes, les varices sont souvent héréditaires ; elles évoluent progressivement et les grossesses successives ne paraissent pas avoir sur leur accroissement une influence bien marquée. Elles peuvent momentanément disparaître après un premier accouchement. Dans ce cas, au cours des grossesses ultérieures elles reparaissent de nouveau, ne disparaissent plus complètement, mais augmentent de volume en raison de la fatigue subie par la malade.

Elles sont le plus souvent bilatérales, une fois sur deux, d'après M. le professeur Budin. Enfin elles peuvent siéger à droite ou à gauche et la proportion est la même dans les deux cas.

Tout, ici encore, semble indiquer l'intervention d'un trouble trophique s'exerçant sur les parois vasculaires ; mais ce trouble n'interviendrait pas nécessairement.

Au cours de la grossesse, les varices pourraient avoir

différentes origines, mécaniques ou trophiques. Leur nature serait telle que les varices antérieures à la grossesse ne subiraient pas, par le fait de celle-ci, la même évolution que celles développées à cette période sans avoir été précédées antérieurement d'aucun trouble vasculaire apparent.

Sciastique variqueuse.

« On sait depuis longtemps, dit M. Quénu, que des varices un peu développées finissent par déterminer des phénomènes douloureux, quelquefois assez intenses, calmés la plupart du temps par le repos et le décubitus horizontal. Ces douleurs sont caractérisées par une sensation d'engourdissement et de douleur dans tout le membre inférieur, de crampes dans le mollet, une tension continue et gravative se calmant par le repos, augmentant par la marche et mieux encore par la station debout.

« Les variqueux se plaignent de douleurs non seulement dans le mollet et aux chevilles, mais dans la cuisse et la fesse.

« Gendrin attribue ces douleurs à l'existence de veines variqueuses dans l'épaisseur des nerfs.

« Si le malade n'accuse pas de douleur spontanée, la pression peut arriver à déceler la sensibilité morbide du sciatique.

« Si la douleur est spontanée, les douleurs provoquées par la pression sont naturellement plus vives.

« En général, d'ailleurs, les douleurs ne sont pas très

« intenses ; ce sont des sensations gravatives, profondes, « continues, persistant quelquefois la nuit, mais survenant surtout après la marche, la fatigue, une longue « station debout. Elles sont parfois compliquées de crampes et d'une faiblesse musculaire remarquable ».

Tel est le tableau de la sciatique variqueuse, comme elle se présente dans les cas où M. Quénu l'a observée.

Cette description pourtant s'éloigne notablement de celle des deux cas que nous avons observés. Tandis que dans la sciatique variqueuse banale, la symptomatologie est atténuée ; tandis que les douleurs ne revêtent jamais le caractère qu'elles ont dans la sciatique ordinaire ; dans nos deux cas, au contraire, les symptômes névralgiques sont prépondérants et attirent d'abord l'attention.

Nous voyons la sciatique apparaître à des époques variables de la grossesse : dans un de nos cas, il s'agit d'une névralgie survenue au cours du neuvième mois ; dans l'autre la malade n'est enceinte que de six mois. Dans aucun de ces cas on ne peut nettement dire que la malade soit de souche arthritique, ou que les névralgies soient fréquentes chez elle.

Les varices mêmes sont tantôt des varices bilatérales, et alors la sciatique est double ; tantôt les varices sont unilatérales et la sciatique siège alors du côté des varices.

Ces varices, d'ailleurs, se sont développées uniquement sous l'influence de la grossesse, ou bien celle-ci a contribué à en exagérer le développement. Dans l'un des cas, il s'agit de varices peu accentuées ; dans l'autre les varices sont très volumineuses ; dans les deux cas leur existence est incontestable.

Le début de la sciatique se fait le plus souvent d'une

manière lente et graduelle. Il s'agit d'abord d'une sensation de lourdeur et de pesanteur siégeant au niveau de la fesse, sans irradiation douloureuse.

Cette première phase peut durer une à deux semaines. Ces douleurs vont ensuite en s'accroissant. Unilatérales d'abord, elles peuvent devenir bilatérales. Ce qui frappe bientôt la malade, c'est la difficulté de la marche.

Incapable de supporter la souffrance provoquée par l'extension de la jambe, la malade s'avance dans l'attitude suivante : la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse. Si les douleurs sont très vives, la malade marche sur la pointe du pied, ou bien s'appuie sur le bord externe et la partie antérieure.

D'ailleurs, au fur et à mesure que la malade marche, au fur et à mesure que les varices deviennent plus turgides, la difficulté de la marche augmente.

C'est ainsi que les irradiations deviennent plus accentuées et le signe de Lasègue, s'il était peu marqué au moment où la malade était couchée, devient très net lorsqu'elle a marché quelque temps.

Au repos et dans le décubitus horizontal la malade, quelquefois, n'éprouve pas de douleurs spontanées ; mais le mouvement, l'effort viennent réveiller bientôt la douleur, qui affecte le type de douleur aiguë parcourant le territoire du sciatique, dans toute la région de la fesse et de la cuisse, s'étendant plus rarement du côté de la jambe. Sous l'influence d'une période de repos, ces douleurs peuvent s'atténuer. Mais, spontanément parfois, pendant 24 ou 36 heures, elles réapparaissent avec toute leur netteté primitive et les irradiations deviennent plus fréquentes au niveau de la cuisse.

Dans un de nos cas, après une période de quinze jours, pendant laquelle la sciatique s'était nettement établie, nous avons vu survenir une névralgie lombo-abdominale, caractérisée par une série de points douloureux siégeant au niveau des muscles grands droits, de l'orifice inguinal, de la masse sacro-lombaire.

En même temps, on constatait l'existence, dans la même zone, de troubles de sensibilité.

Sous l'influence de cette sciatique, nous voyons apparaître encore une attitude de scoliose, caractérisée par une concavité inférieure tournée du côté du membre atteint de la névralgie.

Dans l'autre cas (sciatique double), aucune attitude vicieuse du rachis ne peut être observée.

Du côté des muscles, on ne constate pas d'atrophie rapide; du moins jusqu'à présent nos deux malades n'en ont pas présenté.

L'aspect franchement névralgique de cette sciatique porte à penser que rien de semblable ne se produira. Il n'existe pas de troubles trophiques manifestes du côté des téguments.

Les troubles de la sensibilité ne font guère partie du tableau de la sciatique. Cependant, chez une de nos malades, nous avons cru constater une légère diminution de la sensibilité tactile, mais il est difficile de rien affirmer de précis sur ce sujet.

L'exploration du nerf sciatique montre l'existence des points de Valleix, du moins de ceux de la fesse, de la cuisse et de la tête du péroné. Le signe de Lasègue possédait, dans nos deux observations une netteté spéciale.

Nous n'avons jamais constaté ni polyurie, ni glycosurie;

les urines de nos deux malades n'ont jamais non plus été albumineuses.

La palpation du sciatique, au niveau de la concavité du sacrum, a été douloureuse au toucher vaginal ; mais cette sensibilité ne semblait présenter rien de caractéristique.

Marche de l'affection. — La marche de cette affection paraît assez irrégulière. On peut néanmoins distinguer un stade de début, où les douleurs sont diffuses ; une période d'accroissement pendant laquelle apparaissent les troubles de la marche, des douleurs vives et quelquefois la névralgie lombo-abdominale.

Puis, les douleurs deviennent plus irrégulières ; elles surviennent avec une acuité de plus en plus affaiblie, pendant des périodes de deux à trois jours.

Dans un de nos cas, au bout d'un mois, il n'existait plus de troubles de la marche.

L'observation de nos deux malades ne nous a pas encore permis de savoir de quelle manière cette affection rétrocédait. Pourtant il nous semble que, dans le cas où la sciatique était bilatérale, l'engagement de la tête produira, sans doute, une augmentation et même une reprise des symptômes douloureux.

Les douleurs disparaîtront-elles après l'accouchement ? L'aspect nettement névralgique de cette sciatique permet d'espérer qu'il n'y aura pas d'atrophie des muscles de la jambe. Peut-être cependant doit-on craindre après l'accouchement la persistance des douleurs qui prendraient le type de la sciatique variqueuse banale.

La possibilité du développement de varices du nerf sciatique, le fait que ce nerf a été le siège d'une névralgie font craindre une pareille évolution.

Après avoir terminé ce tableau abrégé de la sciatique variqueuse des femmes enceintes, nous devons toutefois faire quelques réserves, puisqu'il ne nous a pas été possible encore d'observer une de nos malades jusqu'à sa guérison définitive. Enfin, les cas observés sont trop peu nombreux pour nous permettre, dès à présent, de faire une description complète de l'affection. Nous n'avons en effet trouvé dans la littérature médicale aucune observation qui pût nous aider à préciser l'histoire incomplète de nos cas.

VI

Pathogénie

L'histoire que nous venons de retracer de la sciatique variqueuse nous montre le caractère nettement névralgique de l'affection, dès son apparition.

Ce caractère se retrouve également dans toute l'évolution de la maladie ; il devient encore plus marqué, si l'on pense que la névralgie sciatique chez les femmes enceintes peut s'accompagner d'autres névralgies siégeant dans les territoires dépendant du plexus lombaire.

Tout porte à croire qu'il s'agit là d'une névralgie simple et non pas d'une névrite. La nature des douleurs, l'état de la sensibilité et des réflexes, l'évolution même de la maladie ne nous autorisent pas à comparer cette affection avec la névrite sciatique, telle que l'ont décrite si remarquablement M. le professeur Landouzy et M. Fernet.

Nous croyons donc qu'il s'agit d'une affection névralgique.

Mais sous quelle influence se développe cette affection ? S'agit-il d'une névralgie à frigore, d'une névralgie à type rhumatismal, telle que la névralgie sciatique banale ? Nous ne le pensons pas.

Le mode de début est lent et graduel ; l'évolution est irrégulière et ne ressemble guère à celle de la sciatique a frigore.

Cette sciatique variqueuse des femmes enceintes se développe-t-elle donc sur un terrain préparé par l'arthritisme ? Les malades sont-elles depuis longtemps prédisposées aux névralgies de toute espèce ?

Nos deux observations ne corroborent pas cette hypothèse.

Cependant si on admet que les varices sont une manifestation de la diathèse arthritique, peut-être pourra-t-on considérer l'apparition de la névralgie, chez les femmes enceintes variqueuses, comme un autre effet de la même cause.

Le rôle des varices, dans la manifestation de la sciatique, doit-être aussi soigneusement discuté.

Assurément, comme nous l'avons vu plus haut, la sciatique variqueuse des femmes enceintes ne présente pas le type de la sciatique variqueuse ordinaire. Mais, le début de la névralgie, au moment même où les varices atteignent leur plein développement, son existence du même côté que les varices, semblent établir un lien pathogénique entre les deux affections. Peut-être sont-elles seulement superposées l'une à l'autre, mais leur coïncidence suffit à modifier, dans une certaine mesure, leurs symptômes réciproques.

Peut-être surtout faut-il admettre qu'il s'agit d'une sciatique variqueuse qui, évoluant sur un terrain prédisposé par la grossesse, prendra un caractère d'acuité toute spéciale.

Peut-on d'ailleurs comprendre le lien qui unit la sciatique aux varices mêmes ? M. Quénu, dans les cas qu'il a étudiés, a constaté l'existence de varices des vaisseaux du nerf. Nous ne serions pas éloigné de penser que lorsque

les varices sont antérieures à la grossesse (obs. I), il puisse exister des varices du tronc nerveux, incapables de provoquer la sciatique en temps ordinaire, mais susceptibles d'en déterminer le syndrome chez la femme enceinte. Et en effet, sous l'influence de la grossesse, les vaisseaux du membre inférieur se congestionnent et s'écasient, tandis que l'organisme lui-même devient prédisposé aux affections nerveuses.

Dans notre autre cas, au contraire, nous constatons l'apparition de névralgies multiples occupant la première place, tandis que les varices semblent jouer un rôle plus accessoire, incontestable pourtant, puisque varices et sciatique siègent du même côté. Dans ce cas d'ailleurs la malade, sans être atteinte d'hystérie franche, présente un terrain névropathique nettement déterminé.

Si nous reconnaissons donc un lien, variable mais évident, entre les varices de nos malades et leur sciatique, pouvons-nous déterminer la cause qui agira pour produire à la fois ces deux effets ?

Dans un des cas la tête se présente en O. I. D. P. Or, les varices et la sciatique siègent à gauche. Bien mieux, la tête n'est pas profondément engagée dans l'excavation.

Dans l'autre, nous avons affaire aussi à une présentation du sommet, mais la tête est mobile, et la sciatique est bilatérale. Une compression directe produite par la partie fœtale semble donc bien improbable.

Allons-nous d'ailleurs, par l'exploration des plexus sacrés, reconnaître l'existence d'un point où la compression atteint son maximum et où les racines du nerf présentent une sensibilité particulière à la pression ? Nullement.

L'examen de la malade chez laquelle l'engagement s'est

produit nous a permis de constater une sensibilité égale des deux côtés. En vain cherchons-nous à savoir si chez elle une hyperesthésie particulière expliquerait la localisation de la sciatique au territoire supérieur du nerf sciatique. Il est impossible de rien déterminer de caractéristique. Mais cette malade est atteinte de névralgie lombo-abdominale ; le fémoro-cutané lui-même présente des signes de névralgie. Pouvons-nous donc admettre qu'il s'agit d'une névralgie propagée de bas en haut, du plexus sacré vers le plexus lombaire, alors même que la tête est disposée suivant le diamètre opposé du bassin ?

La compression du nerf lombo-sacré qui seule pourrait peut-être expliquer la diffusion de la douleur aux deux plexus, ne peut être invoquée en raison même de la position.

Nous sommes donc disposé à croire que l'anévralgie n'est pas déterminée par la compression produite par la partie fœtale, mais qu'elle est sous la dépendance d'un trouble nerveux localisé d'un seul côté, soit par l'effet des varices antérieures, soit sous l'influence d'une cause qui nous échappe. Cette cause d'ailleurs pouvant porter son action non pas seulement sur le membre inférieur, mais pouvant réagir sur des territoires plus éloignées comme celui du plexus lombaire. Ainsi le lien symptomatologique entre les varices et la sciatique nous paraît nettement établi. La relation entre la grossesse et le syndrome est certaine, mais nous ne croyons pas que la compression joue ici un rôle prépondérant.

VII

Diagnostic et traitement.

Le diagnostic de l'affection nous a paru aisé. L'existence de la sciatique, caractérisée par la présence des points douloureux de Valleix, la constatation du signe de Lasègue font évidemment d'emblée porter le diagnostic de névralgie sciatique. La constatation des varices permettra également de reconnaître le type de l'affection.

Le diagnostic dans d'autres circonstances peut devenir moins aisé. Lorsque une sciatique franche existe et que le membre montre à sa surface quelques varicosités réparties également des deux côtés, sans prédominance du côté de la sciatique, lorsque la sciatique a précédé l'apparition des varices, on peut se demander s'il s'agit d'une sciatique variqueuse ou d'une sciatique qui est venue se surajouter à des varices préexistantes. C'est là une question de théorie encore plus qu'une question de diagnostic, et il nous paraît bien difficile de la résoudre *a priori*.

La phlébite variqueuse sera difficilement confondue avec la sciatique variqueuse. La phlébite variqueuse est le plus souvent superficielle; la douleur est moins généralisée, ne survient pas par accès, etc.

Pourtant, on peut concevoir que dans certains cas de phlébite profonde à type névralgique, si l'œdème est mo-

déré, si l'on craint de pratiquer une exploration profonde du membre, on puisse hésiter quelques instants. L'évolution de la maladie viendra trancher la difficulté.

Le rhumatisme musculaire, assez rare d'ailleurs au cours de la grossesse, coïncidant avec des varices, se distinguera de la sciatique variqueuse par l'absence des points de Valleix et du signe de Lasègue, par l'évolution, par la diffusion de la douleur.

La coexistence de la névralgie lombo-abdominale et des varices pourra être constatée, mais il sera aisé de la distinguer de la sciatique variqueuse.

Le traitement consistera dans l'emploi des analgésiques. L'antipyrine, seule ou associée à la quinine, nous a paru donner de bons résultats, surtout au moment des recrudescences douloureuses. Le siphonage méthodique au chlorure de méthyle pourra rendre de grands services, mais il faudra surtout prescrire à la malade un repos absolu : le séjour au lit nous semble indispensable.

Nous croyons également que l'on doit s'abstenir de l'emploi du vésicatoire, dans la crainte de provoquer des lésions rénales d'un pronostic grave au cours de la grossesse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Maternité. — Service de M. le docteur CHARRIN. Salle
Cruveilhier, n° 6.

C... Isabelle, 26 ans, infirmière.

Son père est mort à 64 ans d'une affection cardiaque, mais depuis longtemps il souffrait, aux deux jambes, de varices nombreuses compliquées d'ulcères variqueux très étendus. Sa mère est bien portante.

D'un second mariage de sa mère, C... a des demi-sœurs, bien portantes et sans varices.

Elle-même s'est bien portée jusqu'à l'âge de sept ans ; à cette époque elle eut la rougeole. A partir de ce moment C... est sujette à des troubles gastriques qui durent jusqu'à l'âge de 15 à 16 ans. De cette époque datent aussi des douleurs vives dans les jambes et des crampes douloureuses dans les mollets. Les crampes surviennent principalement à la fin de la journée ; les douleurs gastriques se manifestaient habituellement une heure à une heure et demie après les repas. Ces dernières étaient parfois si intenses que l'enfant était obligée de s'aliter pendant une période de deux ou trois jours, après lesquels tout rentrait dans l'ordre pour deux semaines.

S'agissait-il de crampes par auto-intoxication ou par rhumatisme musculaire ? La disparition de ces crampes sous l'influence du repos tend plutôt à prouver que les douleurs étaient en relation avec des varices profondes, et cette opinion est corroborée par l'apparition, à 10 ans, de varices superficielles de la grosseur d'un crayon et occupant la jambe droite.

Il est probable qu'à cette époque la circulation de retour était déjà profondément gênée et que c'est à cette gêne que l'on doit rapporter les douleurs si intenses que la malade éprouvait dans les membres inférieurs. Remarquons en outre que les douleurs se calment à la même époque ; peu à peu les crampes diminuent d'intensité, mais dès lors aussi, la sudation des membres inférieurs devient exagérée.

Depuis cette époque (10 ans), jusqu'à la première grossesse (22 ans), les varices ont continué à se développer. Néanmoins aucun trouble ne survint pendant les cinq premiers mois de la grossesse. Vers le soir, après les fatigues de la journée, la malade éprouvait parfois des démangeaisons et de la pesanteur dans les jambes. Le repos de la nuit calmaif ces légers accidents.

Au sixième mois de la grossesse, rupture d'une varice de la jambe droite et ulcère consécutif, formant une plaie grande comme une pièce de cinquante centimes. La malade entra au refuge de l'Avenue du Maine. La cicatrisation était complète après l'accouchement qui eut lieu le 23 février 1895.

C. . . sort le onzième jour et reprend son travail assez pénible de domestique. Mais, après trois semaines, ses jambes redeviennent douloureuses, dures au toucher, œdématiées. La marche et la station debout sont impossibles.

Elle entre à l'hôpital Cochin le 19 mars 1895.

Le repos améliore son état et, deux mois plus tard, elle peut quitter l'hôpital sans œdème, ni douleurs.

Néanmoins les varices augmentent de volume ; de temps en temps même quelque peloton variqueux menace de se rompre. Pour éviter cet accident, on lui conseille une opération chirurgicale.

La malade entre donc à la Salpêtrière, dans le service de M. le docteur Segond, où on pratique l'ablation de deux paquets variqueux (juillet et août 1896). Les varices restent pourtant dans le même état et les crampes persistent, les douleurs sont aussi intenses, vives surtout le soir.

Le début de la deuxième grossesse est du mois de novembre 1897. Il fut marqué par des vomissements, des douleurs lombaires et gastriques, du dégoût pour les aliments. Les douleurs lombaires étaient surtout vives à la fin de la journée et au

moment des efforts. Elles étaient quotidiennes, névralgiformes, survenant par accès ; elles siégeaient dans la région sacro-lombaire, contournaient les flancs d'arrière en avant et de haut en bas et irradiaient dans la direction de l'aîne et de la vessie, dans les espaces intercostaux et jusque dans la région interscapulaire.

C'étaient des douleurs sourdes, profondes, avec des exacerbations provoquées par la marche, l'ascension d'un escalier, les mouvements de l'enfant.

Avant cette deuxième grossesse, la malade n'avait jamais éprouvé de pareilles douleurs. Ces phénomènes durèrent trois mois.

Vers la fin du troisième mois, la malade eut une métrorragie. Par précaution elle entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Berger.

Le décubitus horizontal, gardé pendant un mois, permit à C... de reprendre son service d'infirmière, métier assez fatigant pour son état de grossesse, car il l'obligeait souvent à des efforts violents : soulever, par exemple, des malades pour les changer de lit, etc.

A partir du sixième mois, les jambes enflent, deviennent de plus en plus douloureuses ; la malade éprouve des crampes intenses, se manifestant dans les deux jambes et survenant principalement la nuit. L'abdomen, qui est resté sensible depuis la première grossesse, devient spontanément très douloureux après les efforts violents ou les fatigues de la journée. Ces douleurs sourdes, sans irradiations, siégeaient au bas-ventre et dans les fosses iliaques.

Mais ce qui surtout préoccupe la malade, c'est une douleur bien plus vive que les précédentes qu'elle éprouve au niveau de la fesse gauche. Cette douleur éclate tout à coup, spontanément ; elle dure quelques secondes et, le long de la face postérieure de la cuisse, irradie jusqu'au genou et aux chevilles. Elle est parfois si subite et si intense qu'elle oblige la malade à garder, jusque la fin de la crise, l'attitude dans laquelle elle est surprise.

A droite, cette même douleur se manifeste aussi dans la région de la fesse ; mais elle est moins intense et ses irradiations ne dépassent par le genou.

Les douleurs sont subites, surviennent par accès plusieurs fois par jour, un peu plus souvent la nuit, troublent le sommeil et obligent la malade à entrer à la Maternité, le 10 mai 1898.

A ce moment il existe une névralgie manifeste du membre inférieur gauche; on en trouve tous les signes : points douloureux de Valleix très nets au grand trochanter, à la cuisse au niveau du péroné. La pression en ces points réveille une douleur intense.

Le signe de Lasègue se présente avec son aspect typique. Dès que l'on soulève la jambe au-dessus du plan du lit la malade souffre et se plaint. De l'autre côté le signe de Lasègue est très atténué, mais on constate des points douloureux sur le trajet du sciatique.

A l'entrée de C..., les douleurs sont vives, les nuits sont troublées. Une transpiration abondante gêne la malade surtout pendant le sommeil qui est interrompu, pénible. Pendant cette transpiration les douleurs cessent; néanmoins la malade les trouve très désagréables à cause de la moiteur et de l'humidité de son lit. Le matin, la malade se sent très fatiguée.

Sous l'influence du repos, les douleurs spontanées se calment peu à peu. La malade n'éprouve plus dans les membres inférieurs cette sensation de lourdeur et de pesanteur continuelles qu'il l'ont obligée à interrompre son métier.

Néanmoins, le moindre effort, le moindre mouvement réveillent les douleurs subites qu'elle ressentait, il y a quelques jours, en haut et en arrière des fesses.

Après une quinzaine de jours de décubitus horizontal, la malade peut rester levée pendant quelques heures.

Nous la revoyons le 5 juin et elle nous raconte que se trouvant debout, une heure environ avant notre visite, elle a été prise subitement, dans le mollet droit, d'une douleur sourde, gravative qu'il l'a obligée à reprendre son lit aussitôt. La jambe instantanément est devenue raide, oedématisée : il semblait à la malade que « quelque chose se resserrait derrière la jambe » et que toute la région malléolaire durcissait. Le repos au lit a fait disparaître tous ces phénomènes.

Trois jours après, la malade ayant encore voulu se lever, la même sensation s'est reproduite et a cessé, comme la première fois, sous l'influence du repos.

Le 9 juin 1898, l'état de la malade est le suivant :

Jambe droite. — Les origines de la saphène interne présentent, depuis le bord interne du tendon d'Achille, jusqu'à l'articulation médio-tarsienne, des varicosités bleuâtres qui occupent toute la face dorsale du pied.

Au-dessus de la malléole interne, cette couleur bleuâtre disparaît, mais la région est œdématisée, les tissus sont épaissis. Sur la face interne de la jambe, on remarque quelques paquets variqueux, de la grosseur d'une noisette. La couleur de ces pelotons variqueux présente un caractère spécial qui tranche sur la couleur normale et rosée des tissus environnants : on les dirait passés à la mine de plomb. Il présentent, en outre, ce caractère particulier de paraître, au toucher, notablement plus chauds que la peau saine que les limite.

A la pression, on provoque des douleurs assez vives dans toute la région postérieure de la jambe droite, principalement sur le trajet de la saphène externe.

En résumé toute la jambe est œdématisée, dure au toucher ; l'œdème s'arrête à dix centimètres au-dessus des condyles du genou. Il n'y a pas de thrombose appréciable.

C'est sur la face interne de cette jambe que l'on aperçoit les deux cicatrices laissées par les deux résections variqueuses subies par la malade et dont nous avons parlé plus haut.

Jambe gauche. — Ce membre présente un œdème moindre. On voit, sur la face interne, quelques varicosités encore peu accentuées. Du côté externe, l'origine de la saphène externe est variqueuse : les téguments sont d'une couleur vineuse.

Cette coloration ne dépasse pas le bord externe du tendon d'Achille.

Les varices proprement dites de ce membre commencent à douze centimètres environ au-dessus de la malléole externe. Elles suivent le trajet connu de la saphène externe, décrivent une courbe à concavité externe, reviennent du côté du péroné, se voient en avant sur la face antéro-externe de la jambe, à dix centimètres au-dessous des plateaux du tibia, atteignent le condyle externe sur la face antérieure de la cuisse et là se divisent en deux branches : l'une de ces branches suit le trajet de la saphène interne et va se terminer dans l'aîne ; l'autre contourne la cuisse en arrière et va aboutir au-dessus du grand trochanter.

Dans le décubitus horizontal la malade n'éprouve aucune douleur dans cette jambe ; mais la pression y réveille des douleurs profondes. Ces douleurs sont surtout vives au niveau des malléoles, dans l'interstice des jumeaux et au niveau du genou. Mais si la malade se lève et marche, elle ressent aussitôt des douleurs assez vives sur tout le trajet de son sciatique gauche.

Les culs-de-sac de la synoviale des deux genoux sont notablement épaissis, sans hydarthrose.

Nous n'avons constaté aucun trouble de la marche.

Néanmoins la malade dit qu'elle était forcée de s'appuyer aux murs ou aux meubles. Les paquets-variqueux sont alors tendus, plus volumineux et plus chauds peut-être qu'à l'état de repos.

Les réflexes patellaires sont un peu exagérés des deux côtés et cette exagération est plus accentuée à gauche qu'à droite.

Le réflexe plantaire est normal des deux côtés.

La malade ne présente pas de trouble circonscrit de la sensibilité. Pourtant dans les régions où les varices sont le plus développées, la sensation de contact n'est pas nettement perçue.

Le trajet du sciatique gauche n'est pas douloureux.

Du côté droit, le parcours du sciatique est peu sensible, sauf à la jambe, du côté externe.

Le signe de Lasègue persiste encore, mais il est moins bien marqué qu'à l'entrée de la malade. Au début, il était impossible d'atteindre l'angle droit avec la jambe en extension sur la cuisse sans que la malade manifestât par un cri caractéristique la douleur qu'elle éprouvait en haut de sa fesse droite.

Aujourd'hui, on peut notablement dépasser l'angle droit sans que la malade éprouve la moindre douleur.

Ce signe est plus net si on fait marcher la malade pendant un certain temps et qu'on le recherche, la malade étant debout.

Après une marche un peu longue, ou une station debout prolongée, la jambe droite se dérobe et le trajet du sciatique devient plus douloureux à la pression. En général d'ailleurs, la station debout est plus pénible que la marche.

Les urines ne présentent rien de particulier, il n'y a pas de polyurie.

L'exploration vaginale profonde n'a fourni aucun renseignement intéressant. La douleur était aussi intense à droite qu'à gauche.

Le fœtus se présente par le sommet, mais la tête est encore mobile.

La malade n'est pas ordinairement constipée.

Le 13 juillet, les douleurs spontanées reparaissent la nuit par intervalles avec leur type ordinaire mais ont tendance à diminuer. Le signe de Lasèque et les points douloureux persistent encore.

OBSERVATION II

L... Marie, 22 ans, fleuriste. Salle Cruveilhér, n° 9. Entrée le 27 juin 1890. A terme.

Les antécédents héréditaires ne nous apprennent rien d'intéressant.

L... est orpheline; elle n'a pas connu son père. Sa mère est morte à 46 ans, d'une bronchite, lui a-t-on dit. Elle aurait eu un frère mort en bas âge.

Les renseignements personnels de la malade sur son passé ne sont guère plus précis. Elle ne se souvient que d'un séjour d'un mois, à 17 ans, dans un hôpital de Reims, pour un rhume opiniâtre. Elle nous dit toutefois que son enfance fut assez tourmentée; elle était chétive et souvent malade sans pourtant être obligée de s'aliter.

L... fut réglée à 15 ans; les règles ont toujours été peu abondantes, duraient deux jours au plus et ont toujours été irrégulières. Le plus souvent, elles ne survenaient que tous les 2 ou 3 mois; mais dans l'intervalle la malade était sujette à une leucorrhée abondante et continuelle.

A 18 ans (il y a 4 ans), la malade fit une fausse couche de 6 mois; elle dut garder le lit pendant trois semaines. Les dernières règles sont du 22 septembre 1897. Cette indication est pourtant sujette à caution, étant donnée l'irrégularité habituelle des règles chez cette malade. Toutefois la palpation démontre que la tête est engagée dans l'excavation pelvienne. Le fœtus se présente en O. I. D. P.

Depuis l'époque de l'établissement de ses règles, il y a 7 ans, la malade se dit sujette à des vomissements quotidiens survenant ordinairement deux fois par jour, parfois jusqu'à quatre

fois, et se produisant aussitôt après les repas. La grossesse actuelle n'a pas modifié ces accidents.

Néanmoins, jusqu'au 8^e mois, la malade a pu continuer son travail. A partir du 8^e mois, surtout vers le soir, la marche et la station debout sont devenues progressivement fatigantes, douloureuses et pénibles.

Il y a une quinzaine de jours, c'est-à-dire au 9^e mois de la grossesse, dès que la malade appuyait son pied sur le sol, elle éprouvait, au niveau de la fesse gauche, une douleur subite, vive, lancinante, dont les irradiations s'étendaient jusqu'à la face externe du genou; jamais les irradiations n'ont dépassé cette région.

Il ne s'agissait pas, à cette période, de douleurs continues ni spontanées, mais de douleurs provoquées par la marche. Sous cette influence, l'intensité de cette douleur devint rapidement telle, que L... dut entrer à la Maternité, le 27 juin 1898.

Dans le décubitus horizontal, cette douleur ne se reproduit qu'à l'occasion d'un mouvement, soit que la malade veuille s'asseoir sur son lit, soit qu'elle veuille changer de position. Le décubitus latéral gauche est très douloureux.

Si on recherche le signe de Lasègue sur le membre inférieur gauche, on provoque une douleur vive bien avant que la jambe en extension sur la cuisse fasse un angle droit avec le plan du lit. La même manœuvre, pratiquée sur le membre inférieur droit, n'est pas douloureuse. Au repos, les douleurs spontanées sont nulles et, par la pression, on ne découvre que trois points douloureux : au niveau de l'ischion, entre cette tubérosité et le grand trochanter et au niveau de la tête du péroné.

Le nerf n'est pas perceptible à notre exploration.

Le membre inférieur gauche n'est pas atrophié. Il présente, autour des malléolles et sur la face externe du genou, quelques varicosités bleuâtres ou vineuses encore peu développées. Sur la face antérieure de la cuisse, à quatre travers de doigt au-dessus du genou, on aperçoit deux ou trois mailles variqueuses, de couleur grisâtre, et de la grosseur d'un crayon. Cette dilatation cesse environ vingt centimètres au dessus de son origine. Les tissus ne sont pas indurés. La jambe droite est normale, ainsi que la cuisse correspondante. On remarque à

peine sur la face externe de la jambe quelques veinules à peine visibles.

Les réflexes patellaires sont normaux à droite et à gauche. Si on fait marcher la malade, on provoque aussitôt de la douleur au niveau de la fesse gauche. La malade, pour diminuer l'intensité des douleurs, marche sur l'avant-pied et appuie sur le sol le bord externe du pied.

L..., présente un peu de scoliose lombaire à concavité gauche, L'articulation de la hanche est normale. Pas de signe de Romberg. Pas d'éthylisme. Aucun signe de paludisme, de spécificité ni de bacillose.

Actuellement la malade, se plaint surtout de douleurs sourdes profondes, gravatines, siégeant en arrière dans la région lombaire et irradiant jusqu'au pubis en bas et en avant en suivant la crête iliaque, jusqu'aux creux épigastrique en haut sur le trajet des côtes inférieures.

Ces douleurs, vives surtout pendant la nuit et pendant la matinée, disparaissent ordinairement l'après-midi. Elles sont en général peu intenses, mais la malade s'en plaint à cause de leur continuité. L..., différencie fort bien ces douleurs lombaires de la douleur subite que la marche ou les mouvements provoquent dans sa fesse gauche.

Par la pression on provoque des douleurs au-dessus du pubis et au niveau du grand droit. La pression est aussi douloureuse au niveau des apophyses épineuses des vertèbres lombaires et des deux premières vertèbres dorsales.

La grande lèvre gauche est douloureuse à la pression. Dans la région fémoro-cutanée la douleur est manifeste ; si, en suivant la crête iliaque depuis le pubis jusqu'à l'articulation sacro-vertébrale, on pince légèrement la peau, on provoque chez la malade une sensation douloureuse. Il en est de même si on parcourt la peau qui recouvre les trois dernières côtes, depuis la colonne vertébrale jusqu'au sternum. Au niveau de l'appendice xiphoïde du sternum la pression provoque une douleur intense.

La sensibilité de toute cette région comprise entre le pubis, les crêtes iliaques en bas, — les dernières côtes jusqu'au sternum en haut, — est exagérée et cette exagération est plus marquée à gauche qu'à droite.

Aux membres inférieurs la sensibilité est à peu près normale avec une légère différence en moins pour le côté gauche.

Par de rétrécissement du champ visuel; les pupilles sont normales et réagissent aux divers agents d'exploration.

La malade dit uriner avec difficulté; la miction est longue et douloureuse. La quantité émise en 24 h. est de 1 lit. en moyenne. Les urines sont de couleur normale, sans sucre ni albumine.

L..., est habituellement constipée.

L'exploration du plexus sacré à travers la paroi vaginale postérieure a provoqué des douleurs assez vives, égales des deux côtés; mais cette exploration nous a semblé peu concluante en raison de la bilatéralité de la douleur et de sa nature.

Ainsi, chez cette malade, il existe une sciatique caractérisée par l'existence des points de Valleix, le signe de Lasègue, les douleurs spontanées avec paroxysmes douloureux.

Cette sciatique est d'autant plus remarquable qu'elle coïncide avec l'existence de varices unilatérales. L'attitude de la malade est absolument caractéristique. Le diagnostic s'impose lorsqu'on la voit marcher tenant la jambe et la cuisse en flexion et s'efforçant de prendre appui sur le membre du côté opposé.

Il faut insister aussi sur la présentation suivant le diamètre oblique gauche du bassin, alors que la sciatique siège à gauche. Il faut remarquer aussi qu'il n'y a pas d'engagement profond. Enfin, quinze jours après l'entrée de la malade, la douleur a peu de tendance à la rétrocession et le trajet du sciatique droit commence à devenir un peu douloureux, tandis que l'on voit apparaître à la cuisse droite quelques varices médiocrement volumineuses qui n'existaient sûrement pas à l'entrée de la malade.

Ce cas se distingue du premier : 1^o par le développement des varices qui s'est manifestement fait sous l'influence de la grossesse; 2^o par le parallélisme évident entre l'évolution des varices et celle de la sciatique; 3^o par la netteté et l'intensité des troubles de la marche qui s'accompagne d'attitude vicieuse caractéristique.

CONCLUSIONS

I. Les varices au cours de la grossesse semblent, du moins par certains de leurs caractères, relever d'un trouble trophique général. Leur mode de début, leur développement rapide, leur aspect paraissent favorables à cette hypothèse.

Elles s'accompagnent facilement de troubles de la sensibilité.

II. La sciatique peut, au cours de la grossesse, se trouver associée aux varices.

III. Elle peut apparaître soit dans les six premiers mois, soit à la fin de la grossesse.

IV. Cette sciatique peut être unilatérale ou bilatérale : elle ne s'accompagne pas des signes habituels de la sciatique variqueuse. Son début brusque, l'intensité et l'irrégularité des douleurs, l'absence de troubles trophiques cutanés semblent la rapprocher de la sciatique ordinaire à forme névralgique. Elle peut s'accompagner de névralgie lombo-abdominale. Le pronostic paraît être celui de la névralgie sciatique simple.

V. Si la sciatique est double, les douleurs sont prédominantes du côté où les varices sont le plus volumineuses.

Si la sciatique et les varices sont unilatérales, c'est du côté où siège la névralgie que l'on trouve les varices.

Dans les cas où les varices préexistaient à la grossesse, la névralgie est apparue au moment où l'accroissement des varices s'exagérait.

VI. La sciatique variqueuse de la grossesse du moins dans les cas que nous avons observés, ne paraît en relation ni avec l'engagement, ni avec la présentation de la partie fœtale.

Le plexus sacré ne paraît pas directement comprimé par le contenu de l'utérus.

VII. Cette sciatique est susceptible de s'améliorer sous l'influence du repos, des analgésiques et du siphonage au chlorure de méthyle.

Vu par le Président de la Thèse :

HUTINEL.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Broussais.** *Annales de méd. physiolog.*, t. VIII.
 — N. dict, univ. et raisonné de méd., de chir., et de l'art vétér. Paris, 1772.
- Lieutaud.** Traité de méd. pratique. Paris, 1777, t. II.
- Sabatier.** Traité d'anat. Paris, 1781, t. III.
- Tissier.** Traité des nerfs et de leurs maladies. Paris, 1782, in-12, 4 vol., et œuvres.
- Bailly.** Essai sur la névralgie témoro-poplitée. Th. Paris, 1803, n° 91.
- Rousset.** Dissert. sur la sciat. nerveuse. Th. Paris, an XII, n° 235.
- Pinel.** Nosographie philosophique. Paris, 1810, t. III.
- Coussays.** De la névralgie consid. en gén. Th. Paris, 1812, n° 160.
- Dupont.** Réflexions sur le caractère essentiel de la névralgie, in *J. général de méd.*, 1812, t. XLIV.
- Tournilhac-Béringier.** Dissert. sur la névralgie fém., popl., ou sciatique. Th. Paris, 1814, n° 167.
- Lespagnol.** Dissert. sur la sciatique nerveuse ou névralgie fémoro-poplitée. Th. Paris, 1815, n° 263.
- Capuron.** Traité des maladies des femmes. Paris, 1817.
- Martinet.** Essai sur les névralgies considérées en général..., etc. Th. Paris, 7 mai 1818, n° 70.
- Mesnil.** Essai sur la névralgie fémoro-popl. Th. Paris, 1819, n° 29.
- Briquet.** Dissert. sur la phlébectasie ou dilat. variqueuse des veines, notamment sur celle des memb. inf. Th. Paris, 1824. in-4°. Réimpr. dans : *Arch. gén. de méd.*, 1^{re} s., t. VII.
- Van de Keer.** Recherches anat. et observ., sur les névralgies. Dans *J. univ. des sc. méd.*, 1824, t. XXV,

Réveillé-Parise. Mém. de l'Acad. de méd., 1825.

Fourcade-Prunet. Maladies nerveuses des auteurs, rapportées à l'irritation de l'encéphale, des nerfs cérébro-rachidiens et splanchniques, avec ou sans inflammation. Paris, 1826, in-8°.

Rostan. Traité élém. de diagnostic, etc. Paris, 1826, t. II.

Gendrin. Observ. sur le danger des hémorr., produites par la rupture des varices des extrémités inf., in *J. gén. de méd.*, 1827, t. C.

Nouvel., observ... *Ibidem*, 128, t. CII.

Maréchal. De varicum causis et medela. Thesis ad agreg. Paris, 1830, in-4°.

Chastanier. Dissert. sur la névralgie considérée en général. Th. Paris, 1831, in-4°, n° 462.

Piorry. Mémoires sur les névralgies. In clin. méd. de la Pitié et de la Salpêtrière. Paris, 1835.

Gaz méd. Paris, 1833.

Montault. Des moyens à l'aide desquels on peut distinguer les névroses des lésions dites organiques. Th. d'agrég. Paris, 1838, in-4°.

Duchesne. Des causes et du trait. de la név. sciatique. Th. Paris, 1839, n° 283.

Valleix. Traité des névralgies, ou affect. doul. des nerfs. Paris, 1841.

Laugier. Des varices et de leur traitement. Th. de concours de clin. chir. Paris, 1842.

Lisfranc. Sciatique se rattachant à une affection utérine. *J. des con. méd. chir.*, 1842.

Piorry. Névralgie sciatique, causes de sa fréquence à l'occasion d'un cas de névralgie suite de grossesse. *Gaz des hôp.* 1843.

Puttaert. *J. de méd. et de pharmacol.* Bruxelles, 1848, VI.

Frémy. Sciatique, *Gaz des hôp.*, n° 326, 1850.

— De la sympathie qui existe entre le cartilage de l'oreille et le nerf sciatique. *J. des con. méd. chir.*, 1852.

Bacchi. Sympathie singulière entre les dernières branches du nerf sciatique et l'oreille. *Ibidem*, 1855.

Degand. De la névralgie sciatique. Th. Paris, 1856.

Verneuil. *Gaz méd.*, 1855. Des varices et de leur traitement.

- Revue de thérapeut.* 1854. *Gaz hebd.*, 1861. Note sur les varices profondes de la jambe envisagées au point de vue clinique. *Gaz hebd.*, 1861.
- Degand.** Pathologie de la sciatique. *Gaz des hôp.* Paris, 1862.
- Graves.** Leçons de clin. méd. Édition Jaccoud. Paris, 1863.
- Axenfeld.** Des névroses. Paris, 1863.
- Lasègue.** Considér. sur la sciatique. *Arch. gén. de méd.* t. II, 1864.
- Monneret.** Pathol. interne, t. I, Paris, 1864.
- Georgewitsch.** Th. Paris, 1865.
- Le Dentu.** Th. Paris, 1868.
- Bianchi.** Des paralysies des m. inf. chez les nouvelles accouchées. Th. Paris, 1867.
- Ollivier.** Des atrophies musculaires. Th. d'Agrég. 1869.
- Lagregette.** Etude historique, sémiol. et therap. de la sciatique. Th., Paris 1869, n° 217.
- Lesguillons.** Des varices qui se développent sous l'influence de la sciatique. Th., Paris, 1869.
- Cornil.** Sur l'anatomie pathologique des veines variqueuses *Arch. de phys.*, sept., 1872.
- Polaillon.** Hémorragie mortelle par rupture d'une veine de la jambe chez une femme enceinte. *Ann. de Gyn.*, nov., 1876.
- Weir Mitchell.** Les lésions des nerfs, traduc. franç. Paris 1874.
- Richard.** Etude sur la phlébectasie superficielle chez la femme enceinte. Th., Paris., 1876.
- Marquet.** Inflammations des veines variqueuses chez les femmes enceintes et en couches. Th., Paris, 1876.
- Lefebvre.** Des paralysies traumatiques des membres inf. consécutives à l'accouch. laborieux. Th., Paris, 1876.
- Moreau.** Th., Paris, 1877.
- Brivois.** Des paral. traumat. des m. inf. chez les nouvelles accouchées. Th., 1878.
- Fernet.** De la sciatique et de sa nature, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1878. 1^o. s. I.
- Cazin.** Des varices pendant la grossesse et l'accouchement. Mémoire pour le prix Capuron. Paris, 1879.
- Leyden.** Maladie de la moelle, trad. franc. par Richard et Viry Paris 1879, et *Charité Annalen*, 1862.

- Laville.** Cont. à l'ét. de la paralysie partielle des membres abdom., etc. *Ann. de Gyn.* 1879, t. XII.
- Budin.** Des varices chez la femme enceinte. Th. Agrég. 1880.
- Homolle.** Sciatique. *N. dict. de méd. et de chir. prat.* 1882, XXXII.
- Rivet.** Que deviennent les varices chez la femme enceinte lorsque le fœtus succombe? *Arch. de tocol.*, 1883.
- Tarnier et Budin.** Pathologie de la grossesse. Paris, 1886.
- Dorion.** Des paralysies du nerf sc. pop. ext. d'origine pelvienne. Th., Paris, 1884.
- Vinay.** Paralysie radiculaire du n. sciatique par compression à la suite de l'accouchement. *Rev. de méd.*, 1887.
- Quénu.** De la névrite sciatique chez les variqueux. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1888. n. s. XIV.
- Léonardi.** Th., Paris, 1888.
- Combemale.** Sciatique : névralgie ou névrite? *Bull. méd. du Nord*, Lille, 1890, XXIX.
- Jaccoud.** De la sciatique. J. de méd. et de chir. prat. Paris, 1890, LXI.
- Fourquet.** Cont. à l'étude de la sciatique réflexe dans les affect. des organes génit. chez l'homme et chez la femme. Th. Bordeaux, 1890 n° 55.
- Demelin.** Des névralgies pendant la grossesse et la puerpéralité. *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1890.
- Lamy.** Deux cas de sciatique spasmodique. *Progrès méd.* Paris 1891, 2. s. XIII.
- Lebon.** Névralgie lombo-sciatique avec contracture, etc... *France méd.*, Paris 1891, XXXVIII.
- Debove et A. Rémond.** De la polyurie chez les malades atteints de sciatique. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris* 1891, 3. s. VIII.
- Lépine.** Sur la polyurie dans la sciatique. *Ibidem.*
- Huchard.** Note sur l'état de la tension artérielle et de la sécrétion urinaire dans la sciatique. *Ibidem*, 1892. 3. s. IX.
- Olivier.** Hygiène de la grossesse. Paris 1895.
- Charrade.** Th. de Paris 1892.
- Achard et Soupault.** Sciatique et hystérie. *Gaz. des hôp.* Paris, 1892, LXV.

Brissaud. Sur un cas de sciatique; les tics et les spasmes.

Union méd. Paris, 1894, 3. s. LVII.

Vinay. Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches, Paris, 1894.

Donadieu. Sciatique névrite et sciatique névralgie. *N. Montpellier méd.* Suppl. 1895, IV.

Delagenière. Sciatique femoro-fessière d'origine variqueuse, traitée avec succès par la dénudation et la dissoc. du nerf. *Arch. prov. de chir.*, Paris 1896, V.

Gérard. Discussion étiolog. sur un cas de sciatique. *Arch. des sc. méd... de Bucarest.* Paris, 1896, I.

Babinski. Abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.* Paris, 1896, 3. s. XIII.

